Rok XXIX. Kraków, 16 Sierpnia 1890. Nr. 33.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra Madurowicza.

O mięsieniu i zastosowaniu tegoż do leczenia chorób ginekologicznych, a w szczególności wysięków zapalnych w miednicy małéj [1]).

Podał
Dr. Maksymilijan Cercha,
drugi asystent téjże kliniki.

Prawie każdy lekarz, zajmujący się leczeniem chorób ginekologicznych przyznać musi, że w praktyce, poważną liczbę przypadków stanowią sprawy zapalne dotyczące, tak tkanki łącznéj okołomacicznéj, jak również otrzewny pokrywającéj macicę i jéj części dodatkowe, a zatem wiązadła, trąbki i jajniki.

Częstość tych chorób łatwo sobie wytłomaczyć można, jeżeli się uwzględni różnorodność przyczyn, pod wpływem których powstają. Najczęstszą ich przyczyną są zaburzenia połogowe, a w takim razie sprawa zapalna zaczyna się zazwyczaj w tkance łącznéj okołomacicznéj i polega na wtargnięciu jadu uorganizowanego przez nadwerężoną błonę śluzową macicy do ustroju, następnie zaś zapalenie przechodzi na otrzewnę macicy, wiązadła i t. d.

U nas zaburzenia te wśród połogu zdarzają się niestety dosyć często i to w przeważnéj liczbie przypadków nie z winy lekarza, lecz właśnie dlatego, że porody, szczególnie po wsiach, odbywają się przy pomocy tak zwanych babek, które nie mają pojęcia o rzeczy, co więcéj i położne nasze, nawet te, które ukończyły kursa już w czasie, kiedy dzięki badaniom Semelweissa poznano przyczynę zakażenia połogowego i kiedy przez wprowadzenie dokładnéj antyseptyki starano się zapobiedz zakażeniu połogowemu, te nawet położne, nie wszystkie czystości przestrzegają; nie dziw więc, że sprawy zapalne w połogu nie należą do rzadkości, tem bardziéj, że i położnice same, nie zachowując zasad dyjetetyki połogu, same nieraz sprowadzają chorobę.

Dalszą, ale już rzadszą przyczyną, mogą być sprawy zapalne, dotyczące błony śluzowéj lub miąższu macicy, które mogą udzielić się otrzewny; a tu ważną rolę odgrywa zakażenie rzeżączkowe, które szerząc się od pochwy, drogą przez macicę i trąbki dosięgnąć może otrzewny. Wylanie się krwi do jamy miednicy małéj z jakiejkolwiek przyczyny sprowadza zazwyczaj zapalenie otrzewny sąsiedniéj. Daléj urazy przypadkowe dolnéj okolicy brzucha lub wskutek zabiegów leczniczych i operacyjnych w macicy są w stanie wywołać zapalenie tkanki okołomacicznéj lub otrzewny w miednicy małéj. Nie rzadko również spotykamy się z wysiękami zapalnemi około nowotworów wychodzących z macicy lub z części dodatkowych. Że przyczyny powyżéj wyliczone są najważniejszemi w szeregu przyczyn tych chorób potwierdza statystyka Bernutza, odnosząca się do 99-ciu przypadków zapaleń otrzewny w miednicy małéj, która wykazuje, że 45 razy zdarzyło się ono w poługu, 28 razy po zakażeniu jadem rzeżączkowym, 20 razy jako powikłanie zapalenia błony śluzowéj lub miąższu macicy na innem tle, a 8 razy przyczyną był uraz. Wynikiem sprawy zapalnéj jest naturalnie złożenie wypociny, która też stanowi główny objaw rozpoznawczy.

Nie chcę Panów nużyć opisywaniem znanych zresztą szkodliwych następstw, jakie pozostawiają wyż wymienione choroby, nietylko w całym ustroju, lecz jak szkodliwie wpływają na stosunki miejscowe dotyczące macicy i jéj otoczenia, na jednę okoliczność ważną chcę tylko zwrócić uwagę t. j. na zrosty pomiędzy macicą, a sąsiednemi tkankami, które dają powód do zmiany jéj położenia, z czego znów wynika cały szereg zboczeń w ustroju kobiety. Jeżeli więc zboczeń tych nie usuwa się wcześnie, co nie rzadko ma miejsce, to osoby te rzeczywiście cierpią nieraz lata, bądź z powodu bolesnéj i nieregularnéj miesiączki, to znowu z powodu ciągłych bólów w dolnéj połowie brzucha, daléj trapią je nieprzyjemne przypadłości ze strony moczu i stolca, który bywa zaparty, a jeżeli dodamy do tego katar objawiający się upławami, często niepłodność i cały szereg wynikłych stąd objawów nerwowych, to mamy obraz wywołany zmianą w położeniu macicy. Jeżeli objawy te się zmniejszą, a sprawa cała niby ustępuje, to i tak przy obecności choćby małéj wypo-

[1]) Odczytane na posiedzeniu Tow. Ginekol. krakowskiego dnia 6 maja 1890.

ciny z jednéj strony, a skłonności do nawrotów z drugiéj strony, nie możemy być pewni, czy przy danéj sposobności choroba mimo leczenia nie wróci i my będziemy musieli zacząć od tego, na usunięcie czego, potrzeba było nieraz tygodni lub miesięcy. Nawet czas klimakteryjum osób tych nie uwalnia od przypadów chorobowych.

Jasną więc jest rzeczą, że leczenie w tych razach powinno być jak najdokładniejsze; połowicze bowiem nie prowadzi do celu. Powinniśmy więc w pierwszym rzędzie starać się o ile możności o bezwzględną czystość podczas porodu i połogu i u położnych takowéj surowo przestrzegać, w razie zaś wystąpienia sprawy, w początkach zaraz dążyć, zgodnie z zasadami nauki, do możliwie zupełnego usunięcia produktu zapalnego. Niestety nie często nam się udaje, bo napotykamy nieraz na przeszkody ze strony samych chorych, które pozbywszy się w krótkim czasie objawów niemiłych, towarzyszących sprawie ostréj, zaniedbują leczenia, a po pewnym przeciągu czasu dopiero, gdy stan się pogorszy, zgłaszają się do lekarza po radę, która teraz mniéj zazwyczaj bywa skuteczną i wtedy dopiero wobec zaniedbania sprawy, zaczyna się leczenie trwające nieraz miesiące, a nawet lata. Przyznać bowiem należy, że o ile leczenie chorób ginekologicznych drogą operacyjną szybkim postąpiło krokiem, o tyle leczenie tych zwyklejszych, że tak powiem chorób, które także i nie specyjaliście dostają się w udziale, a które nie zagrażają życiu choréj, ale bądź co bądź czynią je nieznośnem, pozostawia wiele do życzenia. Wypociny zapalne lub ich pozostałości stanowią do dziś dnia słabą stronę terapii ginekologicznéj; mimo przetworów aptecznych, mimo kąpiel w domu i w zdrojowiskach, mimo całego arsenału przetworów jodowych i bromowych, mimo miejscowego i ogólnego leczenia, choroba trwa bez nadziei rychłego wyleczenia. Nic więc dziwnego, że wobec tego każda nowa zdobycz, każdy przyczynek do terapii w tym kierunku jest bardzo pożądany, że staramy go się wypróbować, doświadczyć i że słuszną jest rzeczą oddać mu pierwszeństwo wśród innych, jeżeli doświadczenie wykazuje, że na to zasługuje.

Otóż jednym z dzielniejszych środków w przebiegu leczenia zapaleń w miednicy małéj, a w ogóle chorób przewodu rodnego kobiety, który w ostatnim lat dziesiątku wszedł w częstsze użycie, a w ostatnich latach nabrał rozgłosu jest sposób mechanicznego leczenia tak zw. m i ę s i e n i e, połączone z gimnastyką leczniczą. Rzeczywiście sposób ten wykonywany racyjonalnie i systematycznie jest dosyć dzielną bronią w rękach lekarza, w tych przypadkach właśnie, gdzie dawniéj tenże sam lekarz wyczerpawszy cały zasób znanych mu środków ograniczyć się musiał do uśmierzenia poszczególnych niemiłych objawów, nie mając nadziei usunięcia źródła choroby. Co się tyczy historyi mechanoterapii, to sposób ten znanym był w starożytności. Mamy o nim wzmianki w sławnéj księdze Indów „Susruta“. U Chińczyków istnieją osobne szkoły i nauczyciele gimnastyki leczniczéj tak zw. „Tao-Sec“. W Grecyi zajmował się gimnastyką leczniczą Herodicos i uczeń jego Hippokrates, który dał jéj więcéj naukową podstawę i kierunek, a zasady jego powtarzają i według nich leczą gimnastyką i mięsieniem rzymscy lekarze jak Galenus i inni. Plutarch wspomina, że Caesar kazał się masować niewolnikom, aby się wyleczyć z nerwobólu. W wiekach średnich, kiedy mało na zdrowie zważano, zdobycze Greków i Rzymian poszły w zapomnienie, a ten sposób leczenia dostał się w ręce niepowołanych. Dopiero koniec 17 go i początek 18 go stulecia wprowadza medycynę na nowe tory z czem łączą się nazwiska: Bacona, Newtona, Fullera, Tisoota i braci Weberów. Od tego czasu i mechanoterapija zaczyna zyskiwać obywatelstwo. We Francyi i Szwecyi mamy w tym czasie wybitne osobistości zajmujące się tym przedmiotem; powstają zakłady lecznicze, metoda zyskuje podstawy naukowe i staje się rzeczywiście gimnastyką leczniczą racyjonalną, idącą ręka w rękę z zasadami anatomii i fizyjologii a wreszcie staje się ona racyjonalną terapiją najróżnorodniejszych chorób tak ogólnych, jak i pojedyńczych narządów. W połowie 19-go stulecia szkoła szwecka wydala uczniów, którzy metodę tę zastosowali i w innych krajach Europy i tak powstała szkoła angielska i niemiecka.

Lekarze z początku z niedowierzaniem patrzyli na postępy mechanoterapii, tem bardziéj, że z jéj powstaniem złączone były imiona nie lekarzy. Dopiero w ostatnich lat dziesiątkach, gdy skutki leczenia tym sposobem stały się widoczne, zaczęto o metodzie téj mówić i pisać; dzieła lekarskie dały jéj miejsce, czyniąc zaszczytne wzmianki, zaczęto leczyć tym sposobem choroby poszczególnych narządów, czyli innemi słowy, specyjaliści zaczęli się nimi posługiwać każdy w swéj gałęzi, a dziś mamy już dosyć obszerną literaturę o leczeniu za pomocą mięsienia i jego skutkach, a w każdym kraju lekarzy zajmujących się wyłącznie tym przedmiotem.

W położnictwie spotykamy się bardzo dawno z pewnemi zabiegami, które nie są czem innem jak mięsieniem macicy. Zabiegi te w sposób empiryczny bez głębszych podstaw naukowych wykonywane, stanowią główny sposób łagodnego przyspieszenia lub ukończenia porodu u ludów dzikich [1]). O sposobie tamowania krwotoków w III. okresie porodowym za pomocą mięsienia macicy wspomina Caesau w r. 1844. Sposób wygniatania płodu podany w r. 1851 przez Kristellera, metoda wygniatania popłodu podana przez Credego w r. 1853 [2]), daléj sposób wygniatania następującéj główki podany przez Martina [3]), są to wszystko zabiegi polegające na mięsieniu macicy, przez co sprowadzamy jéj skurcz, który jest niezbędny, aby rzecz sama się udała.

Co się tyczy literatury mięsienia w ginekologii, to Francuzi Laisnee i Philipeaux mieli pierwsi leczyć pewne choroby przewodu rodnego kobiecego za pomocą mięsienia, lecz były to tylko próby, które niespostrzeżenie poszły w zapomnienie. Palma pierwszeństwa należy się niezaprzeczenie majorowi szweckiemu Thure-Brandtowi i jego też należy uważać, pomimo, że nie był lekarzem za twórcę i rozkrzewiciela metody umiejętnego leczenia chorób ginekologicznych za pomocą mięsienia w połączeniu z gimnastyką szwecką, bo chociaż może wcześniéj stosowano zabiegi te w chorobach kobiecych, to przecie on był pierwszy, który się wyłącznie temu poświęcił, dał pochop do dalszych badań i prac, rozbudził chęć do poznania prawdziwéj wartości metody, a wreszcie stał się twórcą sposobu leczenia, obniżenia, wypadnięcia i zboczeń w położeniu macicy, za pomocą tak zw. unoszenia macicy (*Uteruslüftung*). Że prace swoje i wyniki dopiero późno ogłosił, przypisać należy temu, że pierwsze jego usiłowania, do których doszedł sposobem prawie przypadkowym, wyleczywszy w 1847 żołnierza, cierpiącego na wypadnięcie prostnicy, były tylko empiryczne. Od téj chwili myślał o tem, czyby tego sposobu

[1]) *Klinische Vorträge über Geburtshilfe*, 1853, p. 598.
[2]) Engelmann: *Die Geburt bei den Urvölkern*. Deutsch u. prof. Hennig. Wien, 1884. — [3]) *Monatschrift für Geburtskunde* 1865, p. 428.

nie można zastosować do leczenia wypadnięcia macicy, a przypadki takie jak w ogóle wiele chorób kobiecych miał sposobność widzieć w zakładzie leczniczym w Norköping. Myśl tę, która go odtąd nie opuściła zamienił w czyn w r. 1861, wyleczywszy trwale i to w przeciągu dni 15-tu kobietę, cierpiącą od kilku lat na wypadnięcie macicy. Umysł Brandta bystry i spostrzegawczy, nadto wytrwałość i zasada wykonywania wszystkiego z największą dokładnością, dopomogły mu do tego, że mimo, iż nie posiadał warunków, aby mógł zajmować się ginekologiją, trudności te starał się pokonać, a zachęcony nadto przez prof. Harteliusa, zaczął pilnie badać zboczenia przewodu rodnego kobiecego, poznał stosunki anatomiczne i czynności fizyjologiczne, nareszcie nabrał odpowiednéj wprawy w rozpoznawaniu stanów chorobowych, poznał różne sposoby i drogi badania i od roku 1861 pracuje wyłącznie w zakresie terapii chorób ginekologicznych sposobem mechanicznym. Dziś według słów Schulzego, Schauty i Preuschena ma być mistrzem tak w subtelnem rozpoznawaniu jak i trwałem, a szybkiem leczeniu. Skoro Brandt poznał, że metoda jego odniosła pożądane skutki i że ją może oprzeć na podstawie naukowéj wystąpił z nią publicznie w r. 1864 w pracy pisanéj po szwecku, a w r. 1868 w pracy wydanéj w języku francuskim [1]), chciał się tym sposobem w interesie nauki podzielić wynikami z szerszym kołem lekarzy. Z początku niestety prace te nie obudziły zajęcia, a tylko ten lub ów lekarz szwecki zaledwie o nich wiedział. Za to wyniki pomyślne leczenia jego metodą nie mogły iść w zapomnienie. Chore same doznawszy błogich jéj skutków sprawiły, że oczy lekarzy zwróciły się na niego. Od tego czasu sposób Brandta zaczął nabierać rozgłosu naprzód w Szwecyi, a potem i w innych krajach Europy. (C. d. n.)

II. O możliwości skaleczenia tętnicy nadbrzusznéj dolnéj (*arteria epigastrica inf.*) przy paracentezie jamy brzusznéj.

Podał

Dr. Rudolf Trzebicky,

docent chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

5) Zwłoki 40-letniego mężczyzny mocno wychudłe, u którego rozpoznano gruźlicę płuc. Powłoki brzuszne wiotkie, brzuch nieco zapadły. Obwód 66 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 15 cm., od *spina ant. sup.* 13 cm. Po stronie prawéj brzeg zewnętrzny mięśnia prostego przekracza miejsce wyboru o 1 cm., tętnice zaś nadbrzuszne leżały w samem miejscu wyboru, o 4½ ctm. od linii środkowéj odległe, rozdzielając się następnie na małe gałązki mięśniowe. Lewa tętnica leżała 1½ cm. na wewnątrz od miejsca wyboru, a 3 cm. na zewnątrz linii białéj i przecinała linię od pępka do *spina ant. sup.* poprowadzoną w odległości 5 cm. od pępka. Brzeg zewnętrzny mięśnia prostego sięgał aż do miejsca wyboru. Po stronie prawéj odchodziła tętnica w odległości 9 cm., po lewéj 10 cm. od miejsca rozwidlenia się aorty (mierząc w linii prostéj).

6) Zwłoki mężczyzny około lat 20 liczącego. Rozpoznanie: *Leptomeningitis convexitatum, oedema cerebri, pneumonia crouposa, combustio pedis et cruris utriusque III. grad.* Brzuch płaski, obwód 64 cm., odległość pępka od spojenia łonowego, jakoteż i od *spina ant. sup.* wynosi po 16 cm. Brzeg zewnętrzny mięśnia prostego brzucha leży po obu stronach 2½ cm. na wewnątrz od miejsca wyboru. Prawa *art. epigastrica* przebiega w samym środku pomiędzy linią białą a miejscem wyboru o 3½ cm. od tychże i przecina linię od pępka do *spina ant. sup.* poprowadzoną w odległości 5½ cm. od pępka. Na 9 cm. powyżéj spojenia łonowego oddaje ona sporą ku zewnątrz przebiegającą gałązkę mięśniową. Lewa tętnica odległa 4 cm. od linii białéj, a 3 cm. od miejsca wyboru, przecina linię poprowadzoną od pępka do *spina ant. sup.* w odległości 6 cm. od pępka, poczem rozdziela się zaraz na 2 części.

7) Zwłoki 55-letniego suchotnika, zmarłego z powodu ostrego zapalenia opłucny. Brzuch nieco zapadły, powłoki brzuszne napięte, obwód 62 cm., odległość pępka od spojenia łonowego i od *spina ant. sup.* wynosi po 16 cm. Zewnętrzny brzeg mięśnia prostego brzucha dochodzi po obu stronach aż do punktu Monro-Richtera, tętnica przebiega po prawéj 4 cm., po lewéj zaś stronie 3 cm. na wewnątrz od tegoż. Po obu stronach odchodziły tętnice w wysokości więzu Pouparta.

8) Zwłoki aresztanta 23 lat liczącego, zmarłego z rozpoznaniem: *dysenteria*. Brzuch płaski, powłoki brzuszne napięte, obwód 67 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 15 cm. od *spina ant. sup.* po lewéj 13 cm. po prawéj 12 cm. Zewnętrzny brzeg lewego mięśnia prostego leży w odległości ½ cm. na zewnątrz od miejsca wyboru, tętnica przebiega zaś 3½ cm. od linii białéj, a 2½ od miejsca wyboru. Po stronie prawéj przechodzi brzeg zewnętrzny mięśnia prostego 1 cm. na zewnątrz od miejsca wyboru, tętnica przebiega w odległości 5 cm. od linii białéj, a 1 cm. na wewnątrz od punktu Monroa.

W samem miejscu wyboru, napotkano sporą gałązkę tętniczą ku zewnątrz biegnącą, oprócz tego zaś oddają obie tętnice w wysokości 7½ cm. od spojenia łonowego dość grube gałązki, biegnące ku linii białéj.

9) Zwłoki chłopca 17-letniego, zmarłego z róży. Brzuch płaski, powłoki brzuszne napięte, obwód 63 cm., odległość pępka od spojenia łonowego, jakoteż i od *spina ant. sup. ossis ilei* wynosi 13 cm. Zewnętrzny brzeg prawego mięśnia prostego leży ½—¾ cm. na wewnątrz od miejsca wyboru, tętnica 2 cm. od tego ostatniego, a 3 cm. od linii białéj i przecina linię poprowadzoną od pępka do *spina ant. sup.* w odległości 4½ cm. od pępka. Po stronie lewéj sięga brzeg mięśnia prostego 1 cm. poza punkt Monroa, tętnica biegnie ¾ cm. na wewnątrz od miejsca wyboru i napotyka linię od pępka do *spina ant. sup.* poprowadzoną w odległości 5½ cm. od pępka. W samem miejscu wybranem napotkano sporą gałązkę mięśniową ku zewnątrz biegnącą. Obie *art. epigastricae* stosunkowo bardzo wązkie.

10) Zwłoki z *carcinoma maxillae inferioris* zmarłego, 53-letniego wyrobnika. Brzuch płaski, obwód 78 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 18 cm., od *spina ant. sup.* 14 cm. Brzeg zewnętrzny mięśnia prostego brzucha sięga po obu stronach aż do samego miejsca wyboru. Obie tętnice przebiegają w środku między miejscem wyboru, a linią białą (w odległości 3 cm. od obu tych miejsc) i napotkały na linię poprowadzoną od pępka do wyrostka kolczystego przedniego górnego w odległości 4½ cm. od pępka.

11) Zwłoki 20 letniego suchotnika. Brzuch płaski, powłoki brzuszne napięte, obwód 68 cm.; odległość pępka od spojenia łonowego 18 cm., od *spina ant. sup. ossis ilei* 16 cm. Po stronie prawéj przekracza zewnętrzny brzeg mięśnia prostego brzucha na 1 cm. miejsce wyboru, od którego to miejsca o 3 cm, a od linii białéj o 4 cm. odległa tętnica przecina tylekroć wspomnianą linię skośną w odległości 5 cm. od pępka. Lewy mięsień prosty sięga aż do miejsca wyboru, tętnica przebiega 4 cm. na wewnątrz od tegoż, 3 cm. od linii białéj, a 4 cm. od pępka. W punktach Monroa napotkano po obu stronach spore gałązki mięśniowe, prócz tego oddają obie tętnice dość znaczne gałązki ku wewnątrz biegnące. Obie tętnice biorą swój początek popod więzem Pouparta.

12) Zwłoki 16-letniéj, dziewczyny zmarłéj z ogólnéj gruźlicy. Brzuch płaski, napięty, obwód 53 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 13 cm., a od wyrostka kolczystego przedniego górnego kości biodrowéj 11 cm. Mięsień prosty sięga z obu stron na 1 cm. poza miejsce wyboru. Po stronie prawéj na 5 cm. powyżéj spojenia łonowego dzieli się *art.*

---

[1]) *Nouvelle méthode gymnastique pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement des maladies utérines.* Stockholm, 1886.

epigastrica na 2 równe ramiona, z których jedno biegnie ku linii środkowéj ciała, drugie zaś wprost ku górze, gdzie napotyka na miejsce wyboru. Po stronie lewéj tętnica się nie rozdziela i leży $1^1/_2$ cm. na wewnątrz od miejsca wyboru.

13) Zwłoki kobiety 60-letniéj, zmarłéj z rozpoznaniem: *pneumonia catarrhalis chronica*. Brzuch płaski, powłoki wiotkie, obwód 62 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 18 cm., od *spina ant. sup.* 15 cm. Z obu stron dochodzą mięśnie proste swym zewnętrznym brzegiem aż do miejsca wyboru. Lewa *art. epigastrica* leży 2 cm. od punktu Monroa, a 4 cm. od linii białéj i napotyka na linię poprowadzoną od pępka do *spina ant. sup.* w odległości $5^1/_2$ cm. od pępka. W wysokości 7 cm. nad spojeniem łonowem odchodzi dość znaczna gałązka mięśniowa ku wewnątrz. Po stronie prawéj przebiega tętnica w odległości $1^1/_2$ cm. od miejsca wyboru, a $4^1/_2$ cm. od linii białéj, nie oddając znaczniejszych gałązek. Obie tętnice odchodzą od *art. iliaca* 1 cm. powyżéj więzu Pouparta, a obok każdéj z nich biegną dwie żyły.

14) Zwłoki kobiety 50-letniéj. Rozpoznanie: *Emphysema pulmonum majoris gradus, degeneratio acuta cordis, hepatis ac renum, decubitus*. Brzuch zapadły, powłoki brzuszne wiotkie, obwód 58 cm., odległość pępka od spojenia łonowego i od *spina ant. sup.* wynosi po 14 cm. Zewnętrzny brzeg mięśnia prostego brzucha, tak po jednéj jako też i po drugiéj stronie nie dochodzi na $^1/_2$ cm. do miejsca wyboru. Obie tętnice odchodzą popod *ligamentum* Poupartbi i przebiegają w odległości 5 cm. od linii białéj, a $1^1/_2$ cm. od miejsca wyboru.

15) Zwłoki 49 letniéj kobiety, zmarłéj z *perityphlitis*. Brzuch zapadły, powłoki brzuszne wiotkie, obwód 59 cm. odległość pępka od spojenia łonowego i od *spina ant. sup.* wynosi po 14 cm. Brzeg zewnętrzny mięśnia prostego po obu stronach w odległości 1 cm. na wewnątrz od punktu Monroa. Prawa *art. epigastrica* przebiega w samym środku pomiędzy miejscem wyboru, a linią białą, od każdego z tych punktów o 3 cm. odległa, podczas gdy lewa biegnie 2 cm. na wewnątrz od miejsca wyboru. Obie tętnice odchodzą od *art. iliaca* w wysokości więzu Pouparta.

16) Zwłoki 80-letniéj kobiety, zmarłéj z powodu uwiądu starczego, okazującéj skrzywienie stosu pacierzowego ku tyłowi i na bok. Brzuch zapadły, powłoki brzuszne wiotkie, obwód 66 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 15 cm. od *spina ant. sup. ossis ilei* $13^1/_2$ cm, rozstęp mięśni prostych znaczny. Wewnętrzny brzeg lewego mięśnia prostego leży 1 cm. na wewnątrz od miejsca wyboru, zewnętrzny zaś brzeg $3^1/_2$ cm. na zewnątrz od tegoż. Lewą tętnicę napotkano w samem miejscu wyboru, gdzie dzieliła się na 2 gałęzie, z których grubsza biegła ku zewnątrz. Po stronie prawéj brzeg zewnętrzny mięśnia prostego brzucha dochodził do miejsca wyboru, tętnica leżała od tegoż $^1/_2$ cm. na wewnątrz, a od linii środkowéj w odległości $5^1/_2$ cm.

17) Zwłoki 70-letniéj żebraczki, zmarłéj z zapalenia płuc. Brzuch zapadły, powłoki brzuszne wiotkie, obwód 63 cm. odległość pępka od spojenia łonowego 19 cm., od *spina ant. sup.* 16 cm Brzeg lewego mięśnia prostego dochodzi aż do punktu Monroa. Bezpośrednio na pochewce mięśniowéj leżąca tętnica przebiega $4^1/_2$ cm. od linii białéj, a 2 cm. od miejsca wyboru i krzyżuje się z linią od pępka do *spina ant. sup.* poprowadzoną w odległości $6^1/_2$ cm. od pępka. Prawy mięsień prosty przekracza miejsce wyboru o 1 cm. na zewnątrz, tętnica prawa otoczona ze wszech stron wiązkami mięśniowemi, oddalona jest $5^1/_2$ cm. od linii białéj, a 1 cm. od miejsca wyboru, w którem to miejscu napotkano na sporą ku zewnątrz biegnącą gałązkę tętniczą. Obie tętnice odchodzą w wysokości więzu Pouparta.

18) Zwłoki 50-letniego mężczyzny. Rozpoznanie: *Bronchitis, emphysema pulmonum, enteritis catarrhalis, ascites, anasarca*. Brzuch płaski, powłoki brzuszne wiotkie, mierna puchlina. Obwód 81 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 19 cm., od *spina ant. sup* 16 cm. Po obu stronach dochodzą mięśnie proste aż do miejsca wyboru. Lewa *art. epigastrica* jest 4 cm. od linii białéj, a $1^3/_4$ cm. od punktu Monroa odległa, w którym to punkcie napotkano dość znaczną gałązkę tętniczą. Prawa zaś tętnica przebiega w odległości 4 cm. od linii białéj, a $1^1/_2$ cm. od miejsca wyboru.

19) Zwłoki mężczyzny 40-letniego z ogólnéj gruźlicy zmarłego. Brzuch zapadły, powłoki brzuszne mocno napięte, obwód 60 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 14 cm., od *spina ant. sup.* 12 cm Zewnętrzny brzeg mięśnia prostego brzucha leży po obu stronach $^1/_2$ cm. na zewnątrz od punktu Monroa, a *art. epigastrica* tak lewa, jako też i prawa bezpośrednio obok niego.

20) Zwłoki 65-letniéj wyrobnicy zmarłéj z powodu znacznego stopnia rozedmy płucnéj. Brzuch płaski, powłoki brzuszne wiotkie, surowiczo naciekłe, miernego stopnia puchlina. Obwód 87 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 16 cm. od *spina ant. sup.* 15 cm. Rozstęp mięśni prostych brzucha dość znaczny, brzegi ich zewnętrzne leżały po obu stronach $1^1/_2$ cm. na zewnątrz od miejsca wyboru. Prawa *art. epigastrica* przechodzi przez sam punkt Monroa, lewa zaś biegnie $^1/_2$ cm. na wewnątrz od tegoż.

21) Zwłoki mężczyzny 60-letniego, nagle zmarłego z powodu miażdżycy tętnic wieńcowych. Brzuch zapadły, powłoki brzuszne wiotkie, obwód 70 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 13 cm, od *spina ant. sup.* 12 cm. Mięśnie proste sięgają po obu stronach aż do miejsca wyboru; prawa *art. epigastrica* przebiega 2 cm. od tegoż miejsca, a 3 cm. od linii środkowéj, lewa zaś tętnica leży tylko 1 cm. na wewnątrz od punktu Monroa. Po stronie prawéj, w odległości $^1/_2$ cm. od miejsca wyboru przebiega dość spora gałązka tętnicza.

22) Zwłoki 35-letniego wyrobnika, zmarłego z róży. Brzuch płaski, powłoki brzuszne napięte, obwód brzucha 72 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 20 cm., od *spina ant. sup.* 15 cm. Oba mięśnie proste sięgają aż do punktu Monro-Richtera, tętnice zaś biegną w odległości 2 cm. na wewnątrz od tegoż, a 4 cm od linii białéj.

23) Zwłoki 74-letniego, z udaru mózgowego zmarłego starca. Brzuch zapadły, powłoki brzuszne napięte, obwód 63 cm., odległość pępka od spojenia łonowego jako też i od *spina anterior superior ossis ilei* wynosi po $12^1/_2$ cm. Zewnętrzny brzeg obu mięśni prostych nie dochodzi na 1 cm. do miejsca wyboru, od którego to miejsca biegną tętnice w oddaleniu 3 cm., a od linii środkowéj w $2^3/_4$ cm.

II. Grupa: Zwłoki o powłokach brzusznych wysklepionych.

Przy badaniach dokonanych na zwłokach, których brzuch był wysklepiony jużto z powodu nagromadzenia się tłuszczu w znacznéj ilości, jużteż z powodu puchliny, oznaczałem wysklepienie powłok brzusznych w ten sposób, że na zwłokach ułożonych zupełnie poziomo, oznaczałem odległość 3 punktów od podstawy stałéj. W tym celu wybrałem punkt na *crista ossis ilei* 8 cm. na zewnątrz od *spina ant. sup.* leżący, jako punkt drugi przyjąłem górny przedni wyrostek kolczysty kości biodrowéj, a jako punkt trzeci szczyt, wysklepionych powłok brzucha.

24) Zwłoki 70-letniéj kobiety, zmarłéj z wysokiego stopnia rozedmy płucnéj. Brzuch mocno rozdęty przez treść płynną i gazy w jelitach, obwód 80 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 19 cm. od prawéj *spina ant. sup.* 20 cm. od lewéj zaś 19 cm. Prawa tętnica przecina linię poprowadzoną od pępka do *spina ant. sup.*, w odległości $9^1/_2$ cm., lewa zaś $7^1/_2$ od pępka. Po wypuszczeniu 3·28 litra cieczy z jamy brzusznéj zbliżyły się obie tętnice do linii białéj o 2 względnie o 3 cm.

25) Zwłoki 55-letniéj kobiety. Rozpoznanie: *Atrophia senilis cerebri, degeneratio fusca musculi cordis, oedema pulmonum, parotitis suppurativa, atrophia renum, anasarca*. Brzuch miernie wzdęty, powłoki brzuszne wiotkie, surowiczo obrzękłe, wysklepienie brzucha 19—23—$36^1/_2$ cm., obwód $76^1/_2$ cm., odległość pępka od spojenia łonowego $17^1/_2$ cm., od *spina ant. sup.* 16 cm. Prawa 2 cm. na wewnątrz od miejsca wyboru przebiegająca tętnica, przecina tylekroć już wspomnianą linię skośną w odległości $5^3/_4$ cm. od pępka. Lewa tętnica leży 1 cm. na wewnątrz od miejsca wyboru i krzyżuje się z ową linią skośną w odległości 7 cm. od pępka. Po obu stronach odchodzą dość znaczne gałązki mięśniowe, ku linii środkowéj biegnące, same zaś tętnice z wielką łatwością dawały się przesuwać.

26) Zwłoki 28-letniego więźnia, suchotnika. Puchlina

miernego stopnia, wysklepienie 9—15—19 cm., obwód 74 cm. odległość pępka od spojenia łonowego 16 cm., od *spina ant. sup. ossis ilei* 14 cm. Brzeg zewnętrzny obu mięśni prostych przekracza na 2 cm. miejsce wyboru. Tętnica lewa leży w miejscu wyboru bezpośrednio na pochewce mięśnia prostego, a oprócz tego tamże ponad nią znajduje się spora gałązka téjże tętnicy, otoczona wiązkami mięśniowemi, odchodząca od pnia głównego $1\frac{1}{2}$ cm. poniżéj. Prawa tętnica dzieli się w punkcie Monroa na 2 gałązki, z których grubsza biegnie ku górze zewnątrz.

27) Zwłoki 33-letniego rzemieślnika. Rozpoznanie: *Pleuropneumonia crouposa dextra, nephritis parenchymatosa acuta, subsequente meningitide et endocarditide.* Brzuch w miernym stopniu wzdęty, obwód 75 cm., odległość pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem 18 cm., między pępkiem a *spina ant. sup.* 16 cm., wysklepienie powłok 13—17—20 cm. Zewnętrzny brzeg lewego mięśnia prostego leży 1 cm. na zewnątrz od miejsca wyboru, tętnica zaś biegnie $\frac{1}{2}$ cm. na wewnątrz od tego ostatniego. W samem miejscu wybranem napotkano na sporą gałązkę tętniczą, oprócz tego zaś odchodzi od *art. epigastrica* 8 cm. powyżéj spojenia łonowego dość znaczna gałązka tętnicza, ku wewnątrz biegnąca. Prawy mięsień prosty przechodzi punkt Monroa $1\frac{1}{2}$ na zewnątrz, od którego to punktu o 1 cm. na wewnątrz biegnąca tętnica, oddaje również gałązkę, ku linii środkowéj biegnącą. Po obu stronach znajdowały się po 2 żyły towarzyszące tętnicom.

28) Zwłoki 20 letniego wyrobnika, zmarłego z powodu zwyrodnienia skrobiowatego nerek. Brzuch nieco wysklepiony, powłoki brzuszne napięte, obwód 73 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 15 cm., od *spina ant. sup.* $14\frac{1}{2}$, wysklepienie powłok brzusznych 10—14—22 cm. Oba mięśnie proste przekraczają nieco miejsce wyboru. Prawa tętnica odległą jest od punktu Monro Richtera o $3\frac{1}{2}$ cm. od linii środkowéj o $2\frac{1}{2}$ cm., a mierząc na owéj skośnéj linii o $3\frac{1}{2}$ cm. od pępka. Po stronie zaś lewéj odległości te wynoszą $1\frac{1}{2}$—$4\frac{1}{2}$ i $6\frac{1}{2}$ cm. Po nad miejscem wyboru przebiega gruba gałązka na zewnątrz, prócz tego obie tętnice, z których każdéj towarzyszą 2 żyły, oddają 7 cm. powyżéj spojenia łonowego spore ku linii środkowéj biegnące gałązki. (Dok. nast.)

III. Broń palna Manlicherowska a przyszła wojna.

Podał

Dr. Józef Bogdanik,

prymaryjusz szpitala pow. w Biały.

(Dok. Patrz Nr. 32).

O pomocy rannym udzielić się mającéj.

Oglądając małe rany postrzałowe o brzegach gładkich, i wystrzałowe (wylot ran postrzałowych) o brzegach tylko nieco postrzępionych, należałoby *a priori* sądzić, iż uszkodzenia wewnętrzne w porównaniu z pociskami dawnych systematów będą nieznaczne i mniéj niebezpieczne. Tymczasem rzecz się tak nie ma. Kula Manlicherowska przeszywa wszystkie narządy z tak gwałtowną siłą, że jeżeli gdzie, to przy ranach postrzałowych brzucha trafnie zastosować można zdanie Dra Wehra, wypowiedziane na pierwszym zjeździe chirurgów polskich w Krakowie „zajmijmy się rannym, a nie raną“.

Zanim jednakże chirurg rękę swą na rannym położy, odbyć tenże musi drogę z pobojowiska do miejsca pierwszéj pomocy (*Hilfsplatz*) wśród gęstego gradu zabójczych kul. Droga ta wobec dalekonośności pocisków będzie długą, boć samo przez się narzuca się pytanie, czy większe oddalenie miejsca pierwszéj pomocy, a nawet miejsca opatrunkowego (*Verbandplatz*) od linii bojowéj t. j. 800 względnie 2000 kroków dotąd ustanowione w armii austryjackiéj, a nawet zlanie obu tych miejsc w jedno wspólne więcéj oddalone nie będzie wskazanem. Że zaś w przyszłéj wojnie liczba rannych w jednéj bitwie dosięgnie dotąd zapewne niesłychanego procentu, wątpić trudno. Prosty stąd jednak wniosek, iż służba sanitarna znacznie musi być liczniejszą i dobrze wyćwiczoną, w przeciwnym razie nastąpią stosunki, w jakich sam się znajdowałem w pamiętnym dla Biały wieczorze z dnia 23-go kwietnia r. b. Niepowołani zbierali poległych i rannych i odstawiali ich na rozmaitych, do przewozu rannych nie odpowiednich wehikułach do szpitala. Nietylko lekarza wojskowego, ale nawet t. z. *blessirtentraegerów* nie było. Oby ten brak służby sanitarnéj przy tutaj z ostremi nabojami nadesłanych oddziałach wojska nie był złym prognostykiem dla naszych rannych w przyszłéj wojnie. Służba sanitarna, szczególnie liczba zbierających rannych na pobojowisku (*Blessirtentraeger*) musi być znacznie większą i lepiéj wyćwiczoną, a zadaniem ich będzie, aby wśród boju siebie i rannych ile możności chronili od świeżych pocisków i szybko dostawiali na miejsce opatrunkowe, które musi być znacznie oddalone od linii bojowéj. Dr. Habart wnosi, aby tam, gdzie na to zezwalają stosunki wykopać promienisto rowy około $1\frac{1}{2}$ metra głębokie, w którychby rannych pomieścić było można. Przestrzeni pomiędzy dwoma rowami się znajdującéj, użyćby w takim razie lekarze mogli jako stołu operacyjnego lub opatrunkowego.

Zakładanie opatrunków nie może być zadaniem służby na pobojowisku zajętéj z wyjątkiem przypadków, gdzie się okaże potrzeba ustalenia złamanéj odnogi lub krwotok bezpośrednio zagraża utratą życia, a i wtedy wolałbym, aby o ile możności tamowano krwotok założeniem opaski uciskającéj dośrodkowo znacznie powyżéj miejsca broczącego, dotykanie się zaś rany powierzyć należy samym tylko lekarzom. Wolę leczyć ranę, która kilka godzin narażoną była na działanie powietrza i słońca, aniżeli taką, na którą przyłożono wcale nieczystą ręką opatrunek, który żołnierz każdy w kieszeni nosi. Pięć ran postrzałowych (przyp. 14, 15 i 17) między niemi rana postrzałowa stawu barkowego z przebiciem łopatki, z któremi ranni dopiero nazajutrz po uszkodzeniu do szpitala przybyli, wygoiło się bez zaburzenia ogólnego. Stan chorych był zupełnie bezgorączkowy, kanały postrzałowe ropy wcale nie wydzielały, a rany skórne wygoiły się *per secundam*, tylko nieznacznie ropiejąc. Inaczéj rzecz się miała w przypadku 16-tym, gdzie rana zadaną została odłamkami osłonki stalowéj i kawałeczek sukna ze spodni oddarty utkwił w kanale postrzałowym. W tym przypadku okazała się potrzeba wydobycia pocisków i przepłukiwania kanału postrzałowego, z którego się znaczna ilość ropy wydzielała. Z wyjątkiem takich nielicznych przynajmniéj na polu bitwy przypadków uważać należy grzebanie w ranach czy to palcami, czy zgłębnikiem za uchybienie. Przyznam się, iż mi niemiło było posłyszeć od ludzi, którzy przywieźli do szpitala już opatrzonego rannego (przyp. 6), że kuli w ranie nie ma, bo pan doktor już ranę dokładnie zgłębnikiem badał. Zasadę niebadania ran tem snadniéj obecnie wpoić można lekarzom, ile że daremnie kusić się będą o szukanie pocisków w ranach. Cały pocisk powtarzam tylko nader rzadko w nich utkwi. Wydobycie zaś jego znaczniejsze sprawi trudności aniżeli dawniéj, trudno go bowiem będzie uchwycić szczypcami, gdyż ma powierzchnię gładką, twardą i okrągłą. Jednakże i te zabiegi nie są wskazane na miejscach opatrunkowych, lecz dopiero w szpitalach. Może atoli zajść potrzeba natychmiastowego wydobycia ciała obcego z rany, jeżeli się stanie przyczyną tężca. Eiselsberg doświadczeniami wykazał,

że go wywołują odłamki drzewa, a jeszcze bardziéj zanieczyszczenie rany ziemią [1]). Sprawa ta była przedmiotem zajmującéj rozprawy na ostatnim zjeździe higienistów i demografów podczas międzynarodowéj wystawy w Paryżu. Sprawozdawcy Grancher i Richard byli tego zdania, iż powierzchowne warstwy ziemi obok innych chorobotwórczych prątków zawierają i prątek tężcowy, który dostawszy się do rany, szczególniéj jeżeli odłamki kości się ziemią zanieczyszczają, tężec wywołać może. Innego zdania był Vallin, podając z codziennego doświadczenia, iż często rany ziemią zanieczyszczone bywają, a tężec przecież bardzo rzadko występuje. Crocq i Drysdale podają w wątpliwość własność chorobotwórczą ziemi, boć tężec występuje i bez rany po zwykłem uderzeniu kijem. Cornila zdaniem zaś ziemia wywołać może tężec, nie może atoli podać wskutek jakiego czynnika [2]).

Wydobywania tych ciał obcych nie można jednak powierzać służbie, lecz tylko lekarzom. Na miejscu pierwszéj pomocy (zaliczam tu już i obecne miejsca opatrunkowe), będzie rzeczą lekarzy, przedewszystkiem opatrzyć rany antyseptycznie. W takich warunkach mojem zdaniem byłby na miejscu suchy opatrunek według Landerera [3]), jeżeli się okaże odpowiednim. Zdania swego w tym kierunku nie objawiam, bom jeszcze zbyt mały zebrał materyjał. To jednak jest pewnem, iż operacyje i opatrunki mniéj zajmują czasu, a palce chirurga tyle nie cierpią, używa się bowiem do ścierania rany tylko suchéj gazy sublimatowéj. Ma to jeszcze i pod tym względem wartość, że podczas wojny zazwyczaj o wodę dość trudno. Z operacyj zaś wykonać należy tylko te, które natychmiast wykonane być muszą jakoto: podwiązanie naczyń krwawiących, cięcia tchawicy i t. d. Są to zresztą rzeczy znane. Inne operacyje, które odłożyć można, wskazane są dopiero w szpitalach.

Gdy już ranny się dostanie na miejsce stałego pobytu, rozważyć należy, czy i jakich operacyj dokonać należy. Przedewszystkiem radbym się uporać z ranami brzucha. Z moich chorych wszyscy pomarli i to przeważnie w bardzo krótkim czasie w 2—10 godzin po doznanym postrzale, czy się zrobiło laparotomiję, czy nie. Jeden tylko chory przeżył cztery doby, a drugi siedmnaście, obaj bez operacyi. Jednego zaś znaleziono nieżywego z raną postrzałową brzucha od kuli całéj. Dziwnym trafem ranny ten (przyp. 10) nie miał żadnego trzewia uszkodzonego tylko krew płynną i skrzepłą w jamie otrzewnowéj. U innego rannego zaś, który zmarł w dwie godziny, to jest pierwszy z przybyłych do szpitala (przyp. 1), nie był również żaden narząd w jamie otrzewnowéj uszkodzony, tylko brzeg nerki naddarty. Ten zaś, co najdłużéj żył okazywał ranę wątroby, sześć otworów w kiszce wstępującéj i ranę trzeciego kręgu lędźwiowego (przyp. 9). Wbrew doświadczeniom tedy Dra Habarta sprawdziłem, że kula cała na wylot przejść może przez jamę brzuszną bez przedziurawienia kiszek. W przypadku zaś (7), gdzie kula zniekształtniona przeszła przez jamę brzuszną, obok innych uszkodzeń nastąpiło zranienie tylko błony śluzowéj jelita. Przypadki te nie są dla laparotomii zachęcające, jednakże nie powinny od niéj odstraszać, gdyż mamy jeszcze zbyt małe doświadczenie. Paweł Berger opisuje [4]) dwa przypadki. W pierwszym założono szwy, a śmierć nastąpiła jeszcze tego samego dnia, w drugim przypadku nastąpiło wyzdrowienie po okładach lodowych i wewnętrznem zażywaniu makowca. Zachodzi więc pytanie, czy czekać lub śpieszyć się z wykonaniem laparatomii. Ja widziałem rannych bezpośrednio po odniesieniu uszkodzenia, a chorzy z ranami brzucha wszyscy pomarli przeważnie w kilka godzin, czy się rany w kiszkach szyło, czy nie. W razie wojny przeto chyba tylko bardzo mała liczba rannych z takiemi uszkodzeniami dostanie się do szpitala, przeważna liczba umrze na pobojowisku lub w drodze, jak tego doświadczył Dr. Habart w latach 1876, 1877 i 1878. Z tego względu należałoby laparatomiję wykonywać jak najrychléj, nawet jeżeli można, w miejscu pierwszéj pomocy.

Co do ran postrzałowych płuca, rokowanie będzie zdaje się korzystniejsze, aniżeli dotąd. Gładki i stosunkowo mały kanał postrzałowy będzie mógł rychło i bez ropienia się wygoić. To samo dotyczy ran postrzałowych kości i stawów, jeżeli powstanie gładki otwór. Inaczéj rzecz się ma w przypadkach zmiażdżenia kości jakie niestety i od kuli całéj dość często się przydarza. Nie uniknie się w tych razach amputacyi lub resekcyi. Ostrzegać jednak należy przed zbytnim pośpiechem co do tych operacyj. Nóż amputacyjny w ręku chirurga dopiero w ostateczności znajdować się powinien.

Sprawa gojenia się ran wogóle będzie dla rannego korzystną. Najlepszym tego dowodem rana postrzałowa stawu barkowego (przyp. 15), daléj wynik sekcyjny ran brzucha. We wczesnych okresach znajdowałem przy ranach postrzałowych brzucha tylko nastrzykanie otrzewny, przy dłuższem trwaniu choroby zaś zlepne zapalenie bez ropy. Inaczéj rzecz się miała w przybocznym przypadku rany kłutéj brzucha. Tu już po 24 godzinach wystąpiło ogólne ropne zapalenie otrzewny. Rokowanie tedy będzie mogło być pomyślne tam, gdzie kula, przeszywając ciało w jednéj linii prostéj, nie napotkała narządów szlachetnych. Gdzie zaś to ostatnie ma miejsce, ciężkość uszkodzenia zależną będzie od liczby przeszytych narządów. Ze zaś liczba zadanych uszkodzeń u tego samego rannego będzie znaczną, przeto i śmiertelność będzie znaczną, a przy ranach postrzałowych kości długich będzie zmiażdżenie tychże wcale znaczne, ludzką bronią przeto nazwać téj broni nie można.

[1]) *Experimentelle Beitraege zur Aetiologie des Wundstarrkampfes. Wiener klin. Wochenschrift*, 1888, Nr. 10—13.— [2]) Sprawozdanie w *Wiener medizinische Presse*, 1889, str. 1429.— [3]) *Wiener klinik*, 1890, zeszyt 2. — [4]) *Bulletins et mémoires de la société de chirurgie de Paris*, t. XV., str. 93.

IV. Oceny i sprawozdania.

O wynikach wieszań we wiądzie mlecza za pomocą aparatu Muczutkowskiego [1]),

skreślił
Stanisław Daniłło, docent akad. lekarskiéj,
i Emil Przychodzki, ordyn. pryw. kliniki psychiatr. w Petersburgu.

Wiadomo, że w roku 1883 (*Wracz* 1883 r., Nr. 21) docent Moczutkowski zaproponował nową metodę leczniczą przy wiądzie mlecza, metodę tak zwanych wieszań. Obecnie owa metoda stała się popularną, dzięki prof. Charcotowi, który w klinice swéj już od roku 1887 rozpoczął próbować wieszań w najrozmaitszych cierpieniach mlecza, bądź z substratem anatomicznym, lub bez takowego przy cierpieniach wyłącznie funkcyjonalnych. Wkrótce po nim pojawiło się wiele obserwacyj w tymże kierunku we Francyi, następnie w Niemczech i w Anglii. My jeszcze dotąd, jak się zdaje, nie mamy żadnéj publikacyi kompletnéj w tym przedmiocie,

[1]) Rozprawę niniejszą, ogłoszoną w Nrach 25, 26 i 27 *Wracza* z r. b. otrzymaliśmy w tłumaczeniu polskiem przez autorów zdziałanem. *Redakcyja.*

w przedmiocie niewątpliwie ciekawym z wielu względów, a pomiędzy innemi i dlatego, że wiąd rdzenia jest cierpieniem nader ciężkiem i terapija, wyjąwszy symptomatyczną, szczupłe miała tu dotychczas pole do działania.

Z wyżéj wymienionych więc powodów, z inicyjatywy Dra Daniłły, przedsięwzięliśmy zbadać wpływ wieszań specyjalnie we wiądzie, abyśmy byli w możności zestawienia naszych rezultatów z temi, które w téj kwestyi otrzymano przed nami.

Materyjał, z którego mogliśmy korzystać, składali chorzy w części znajdujący się w oddziale dla nerwowych chorych przy klinice psychijatrycznéj prof. J. Mierzejewskiego, w części zaś chorzy przychodzący z miasta lub innych oddziałów klinicznych, ambulatoryjni, wreszcie część trzecią, stanowili chorzy z praktyki prywatnéj (Daniłło). Ów materyjał składał się wyłącznie z osób, cierpiących na wiąd mleczа, w różnych jednak jego okresach. Takich osób było jedenaście, wszyscy mężczyzni. Z pomiędzy nich w klinice znajdowało się dwóch chorych, ambulatoryjnych, klinicznych pięciu, czteréj zaś ostatni, byli to chorzy z miasta.

Badając i prowadząc dzienniki, trzymaliśmy się szematu Eulenburga i Mendla (p. *Neurologisches Centralblatt*, 1889, Nr. 11), poprzednio zmienionego przez nas pod pewnemi względami. Każdy chory przed wieszaniem był zbadany bardzo sumiennie, następnie zaś rezultaty badania z odpowiedniem dla każdego chorego rozpoznaniem wnosiliśmy w ogólną tablicę dziennika, która była podzieloną na następujące rubryki:

1) rok, miesiąc i dzień wieszania; 2) początek wieszań i ich liczba; 3) jak długo trwało każde wieszanie; 4) charakter ruchów dowolnych rsp. chód; 5) objaw Romberga; 6) neuralgije i bóle strzelające (specyjalnie); 7) inne wady sfery czuciowéj; 8) czynność pęcherza moczowego; 9) czynność narządów płciowych; 10) czynności żołądka i kiszek; 11) zmiany w łaknieniu, śnie i stanie ogólnym chorego; 12) zmiany zachodzące w narządzie wzrokowym i wreszcie 13) oddzielne notatki.

Wahania w czasie oddzielnych wieszań były od 1′ do 4′ i 5′, lecz nigdy dłużéj.

Z początku wieszaliśmy chorych od 1′ i niżéj, następnie zaś stopniowo przedłużaliśmy niektóre późniejsze wieszania o $^1/_2$′ do 1′, przyczem posiedzenia odbywały się systematycznie i regularnie 3 razy na tydzień. Po każdem odbytem wieszaniu, radziliśmy chorym odpoczywać w przeciągu 10′ do 15′.

Z wyjątkiem niewielkich dawek jodków i bromków chorzy w czasie wieszań nic więcéj nie przyjmowali wewnętrznie.

Wszystkich wieszań ogółem naliczyliśmy 293.

W liczbie 11-tu wyżéj wymienionych chorych znajdowało się dwóch w okresie ataktycznym, których dłużéj nie wieszaliśmy z powodu pojawiających się zwykle zaraz po każdem wieszaniu, zawrotów głowy, z jednoczesną częstokroć sinicą twarzy. Symptomów opuszkowego porażenia żaden z tych chorych nie przedstawiał, ale u jednego z nich można było skonstatować stłuszczenie serca z wyraźnie oznaczoną sklerozą naczyń, u drugiego zaś znaczną ogólną anemiję.

Rezultaty badań klinicznych z krótkiemi historyjami chorób przedstawiamy w następującym porządku.

Przypadek I. *Tabes dorsalis cum ophthalmoplegia externa et interna* z napadami bólów gastrycznych (*crises gastriques*).

K. J., lat 36, syn kupca, przyjęty do oddziału chorób nerwowych w klinice dn. 22 października 1889 r. Dziedziczności odnośnie do chorób nerwowych, o ile można sądzić, nie było. Budowa ciała i stan odżywiania dość słaby. W 1876 roku dostał szankra (*ul. cus. induratum primarium*) z następowemi objawami kiły. W 6—7-miu miesięcy po zarażeniu w 1880 r. pojawiło się widzenie podwójne i osłabienie siły wzrokowéj, wówczas pojawiły się bóle strzelające w kończynach górnych, przeważnie zaś w dolnych, przytem utrudniony chód o zmroku. W 1886 roku do tych objawów dołączyły się wymioty, które zjawiały się po kilka razy co rok, przyczem pojawiając się napadami, trwały w ciągu każdego napadu do 7—8 dni. Ostatnimi czasy nastąpiło znaczne pogorszenie chodu i wzroku, a także bóle strzelające stały się częstszemi i silniejszemi przeważnie w kończynach dolnych. Osłabienie wzroku głównie można było stwierdzić w prawem oku, gdzie wrażenia świetlne na obwodzie siatkówki daleko słabsze, niż na lewem, pole widzenia zwężone z prawéj strony. Żrenice niesymetryczne, lewa szersza, niż prawa; prawa źrenica oddziaływa na światło rozszerzeniem przeważnie przy bocznem oświetleniu; na akomodacyję i na ból obie wcale nie oddziaływają. Gałki oczne nieruchome we wszystkich kierunkach wyjąwszy nieznaczny i słaby ruch ku dołowi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 2-go kwietnia 1890 r.

Przewodniczący kol. Mars, członków obecnych 23.

1) Kol. Korczyński, jako przewodniczący komisyi przemysłowéj po odczytaniu opinii referenta prof. Łazarskiego co do kapsułek wyrobu pana Zahradnika, aptekarza z Jezierny, czyni wniosek, iżby Tow. lek. krak. te kapsułki jako istotnie doskonałe zaleciło. Wniosek jednomyślnie przyjęto.

2) Kol. Surzycki opisuje i przedstawia w klinice się znajdujący przypadek pląsawicy połowiczéj, najprawdopodobniéj na tle kiły. W dyskusyi zabierają głos koll. Krokiewicz, Momidłowski Walery. W dalszéj dyskusyi kol. Gluziński zauważa, że gdyby nie dokładność anamnezy, to ten przypadek robiłby wrażenie pląsawicy połowiczéj po hemiplegii, gdyż obecnie można stwierdzić stan hemiparetyczny i ruch jak przy atetozie. Kolega Surzycki odpowiada, iż można ją uważać chyba za *hemichorea praehemiplegica*; chory miał wprawdzie raz wśród zawrotu głowy upaść, ale żadnych potem objawów porażennych nie było, trudno więc przypuszczać atak udarowy. Kol. Momidłowski Walery przypuszcza, biorąc na uwagę przebieg dotychczasowy choroby i stosunki anatomiczne, kilaka lub wyrośl kostną, uciskającą korę mózgową od góry ku dołowi i tłumaczy, że pierwotnie tylko wskutek podrażnienia były ruchy pląsawicze, a teraz przy dalszym ucisku przez wzrost tumoru występuje pareza i to od kończyny dolnéj ku górnéj. Kol. Rosenzweig dodaje, że leczenie zdoła tu dużo wyjaśnić. Gdyby wśród leczenia znikły ruchy pląsawicze, a została hemipareza, toby to przemawiało za poprzednią hemiplegiją. W dalszéj dyskusyi zabierają głos koll. Surzycki, Głuziński, Momidłowski W. i Mars. Chory ten będzie po przebyciu leczenia przeciwkiłowego jeszcze raz przedstawiony.

3) Kol. Obaliński przedstawia chorego po wycięciu całkowitem krtani, któréj preparat dołączono. Operacyi dokonano wskutek raka przed dwunastu dniami, a chory od czterech dni sam umie jeść i pić po ściśnięciu zewnętrznych brzegów rany. Chory ten po otrzymaniu sztucznéj krtani, jeszcze raz będzie przedstawiony.

Daléj przedstawia tenże chorego z ropniem zimnym, u którego, jak w licznych poprzednich przypadkach użył metody, która wydawała się mu najlepszą, a któréj obecnie Billroth właśnie zaleca t. j. nie wstrzykiwania wprost do ropnia emulsyi jodoformowéj z gliceryną (lepsza od oliwnéj z powodu antyseptycznego działania gliceryny), ale dopiero po poprzedniem otwarciu takowego, usunięciu *membrana pyogenes*, wyśledzeniu przetoki i dojściu, ile to jest możliwem, do ogniska. Postępowanie dotychczasowe prelegenta różni się nieco od Billrothowskiego, który z obawy krwawienia miąższowego radzi dopiero w kilka godzin po usunięciu *membrana pyogenes* zeszyć ranę i wtedy dopiero wstrzyknąć emulsyję, przekonawszy się, że krwawienie ustało,

podczas gdy prelegent robi to odrazu i nie miał dotąd wypadku znaczniejszego krwawienia. Przypuszcza również, że powodem dla którego Billroth od tego postępowania odstąpił, była ta okoliczność, iż emulzyja z gliceryną, powiększając z powodu przyciągania wody swoję objętość, może naśladować gromadzenie się krwi. Wypowiada tylko obawę, aby przy używaniu tak znacznych ilości jodoformu nie bywało zatrucia, które u niektórych osób, jakto miał sposobność widzieć niedawno po resekcyi w kolanie, już po małych stosunkowo ilościach występuje. W wynikłéj co do ostatniego punktu dyskusyi zabierają głos koll. Pieniążek, Krokiewicz, Podgórski i Gluziński, który zauważa, iż od umiejscowienia ropnia, będzie tu dużo zależeć, bo wessalność jodoformu ułatwiają tłuszcze, sądzi więc, że wszędzie tam, gdzie n. p. szpik kostny jest odsłonięty, trzeba być z użyciem tego środka ostrożnym. Co do saméj metody, to kol. Bossowski dla niéj już *a priori* się nie entuzyazmuje, gdyż jak długo w przyszłości nie potrafimy dojść do ogniska i takowe usunąć, choćby n. p. przez resekcyję części trzonu kręgów, to wszystkie środki inne prowadzić będą do zawodu. Prof. Obaliński przyznaje, iż ta droga będzie istotnie jedynie radykalną, nim jednak nastąpi, uważa powyż opisaną metodę za najlepszą, a w każdym razie odpowiedniejszą od obecnie powszechnie używanéj metody Mikulicza; osiągnięte zaś dotąd dobre wyniki zachęcają go do niéj.

Kol. Krokiewicz nie godzi się, opierając się na wynikach bakteryjologicznych, jakoby gliceryna była środkiem antyseptycznym, jak to twierdzi prelegent, gdyż owszem przy hodowlach najwybredniejszych mikrobów bywa dodawaną do pożywki. Kol. Obaliński abstrahuje od sztucznych doświadczeń, a musi przyjąć fakt, jakkolwiek nie wytłumaczony teoretycznie, że przecież ta emulzsyja ma jakieś swoiste działanie na zniszczenie choroby, a gliceryna jako hygroskopijna, jest bardzo dobrym środkiem, również do rozdzielenia jodoformu, środka szczmiącego, po powierzchni rany i dlatego się krwawień następowych mało boi. Przewodniczący zwraca uwagę, że i sama gliceryna ma własności tamujące krwawienie, bywa często w tym celu w ginekologii używana.

4) Kol. Rydygier przedstawił chorego z gojącą się raną po dokonanéj operacyi metodą Kraskego z powodu *carcinoma recti* z resekcyją kości ogonowéj. Jestto zabieg ciężki, narażający chorego na znaczną utratę krwi.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

VI. Sprawozdanie z II-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Wykład XXIII. Kol. Obaliński: „Z zakresu chirurgii nerek.“ W wykładzie swoim przytacza prelegent przypadek i demonstruje z niego preparat anatomopatolog., dodając następujące doświadczenia. Sprawa cała dotyczyła kobiety, cierpiącéj na wypadnięcie macicy i guz w jamie brzusznéj. Ginekologiczne rozpoznanie brzmiało *cystoma ovarii*, a kol. Obaliński zgadzał się z takowem, miał jednakże pewne uzasadnione wątpliwości. 1) macica była wypadnięta; 2) ściany tumoru wydawały się za cienkie, a 3) umiejscowienie było więcéj koło kiszki ślepéj tak, że w końcu przypuszczał hydronefrozę. Operacyja podjęta stwierdziła to ostatnie rozpoznanie. Po przecięciu ścian jamy brzusznéj napotkano guz o cienkich ścianach, który zawierał płyn wodojasny. Zaraz też dało się rozstrzygnąć, że to nie jest *cystoma ovarii*, gdy ręką obszedłszy natrafiano na jajnik, który był tylko przyrośnięty. Guz umocowany był pod kiszką ślepą, nerka lewa dała się łatwo wymacać, a z prawéj ani miąższu, ani moczowodu nigdzie wyśledzić nie było można. Na razie przypuścić można było przed przecięciem otrzewny, że jest to albo cysta kreski, albo hydronefroza. Otrzewnę nacięto i łatwo ręką dał się wyjąć cały guz bez śladu nerki i moczowodu; przypuścić więc chyba należy, że w przypadku tym trwała hydronefroza prawdopodobnie od urodzenia. W literaturze przypadku podobnego nie ma, a kol. Obaliński demonstrując preparat, prosi obecnych o podanie podobnych przypadków dla wzbogacenia kazuistyki.

Kol. Bogdanik nadmienia, że robiąc raz sekcyję sądowo lekarską, mimo starannych poszukiwań nie znalazł zupełnie ani śladu nerki prawéj. Kol. Dębowski przytacza przez siebie operowany przypadek hydronefrozy. Kol. Kijewski opowiada o zupełnie analogicznym przypadku jak kol. Obalińskiego, zaś kol. Trzebicky mówi o chorym przez siebie operowanym, gdzie zamiast nerki znalazł szypułkę z maleńką częścią miąższu nerkowego. Kol. Jasiński żałując, że przypadki wspomniane przez kolegów nie przeszły do literatury, opisuje taki przypadek jak kol. Bogdanika, gdzie prof. Brodowicz w Warszawie robiąc sekcyję, także nie mógł znaleźć nerki.

Wykład XXIV. Kol. Gross: „O pierwotnym twardzielu krtani (*Laryngoscleroma*).“ Choroba polegająca na zapaleniu przewlekłem tkanki głównie podśluzowéj, wywołana rozrostem specyjalnych prątków, t. zw. prątków rynoskleromatycznych, wydarza się głównie na błonie śluzowéj nozdrzy przednich, błonie śluzowéj nosa, podniebienia miękkiego i twardego, gardziela, a wreszcie i krtani. Twardziel krtani bywa najczęściéj następowy, t. j. rozwija się na tejże *ex continuo*, przenosząc się zwolna z górnych części jamy nosowo-polykowéj. Twardziel pierwotny krtani uważany jest dotychczas za jednę z chorób najrzadszych tego narządu. Natomiast dość często spotykamy się z chorobą zwaną przez laryngologów *chorditis vocalis inferior hypertrophica* i w tym przypadku, o którym będzie mowa, obserwowanym w tutejszéj klinice chirurg. rozpoznanie kliniczne, stwierdzone również przez laryngologa prof. Pieniążka, brzmiało również *chorditis vocalis hypertrophica inferior*. Badanie bakteryjologiczne dokonane na wyciętéj błonie śluzowéj wykazało *laryngoscleroma*. Gdy się jednak zwróci uwagę, że badania ścisłe, t. j. z posługiwaniem się hodowlami, odnoszące się do *rhinoscleroma* nie są tak dawne, w każdym razie nie są one jeszcze wszędzie dokonywane, gdy się daléj zważy, iż racyjonalnéj podstawy dla téj choroby laryngologowie dotychczas nie podawali, z wyjątkiem tego, iż wydarza się najczęściéj w następstwie, względnie towarzystwie chorób górnych dróg oddechowych, gdy się daléj tę ostatnią okoliczność uwzględni ze stanowiska tego jak poniżéj, określonym będzie stosunek nieżytu do twardziela, gdy wreszcie przywiedziemy sobie na pamięć, że już nieraz *chorditis vocalis hypertrophica* okazała się jako *laryngoscleroma*, nie będzie może zbyt śmiałem przypuścić, iż jeżeli już nie wszystkie przypadki, to w każdym razie nie mała ich część, podawana dotychczas jako *chorditis vocalis hypertrophica* trzeba uważać za *laryngoscleroma*, t. j. chorobę specyficzną, wytworzoną przez specyjalne drobnoustroje. Spostrzeżenie, iż w wydzielinie prawidłowéj nosa, a w większéj ilości, gdy błona śluzowa nieżytem jest zajętą, znachodzą się drobnoustroje właściwe zapaleniu płuc, dał pochop do słusznego jak się zdaje tłomaczenia powstania zapalenia dławcowego w ten sposób, że prątki znachodzące się w nosie i sąsiednich jamach dostawszy się do płuc, względnie do najdrobniejszych oskrzelików i pęcherzyków płucnych, a padłszy przytem na tkankę, która z jakichkolwiek powodów utraciła czasowo swą odporność prawidłową, rozmnażają się tu i wywołują zapalenie płuc; w podobny sposób powstaje niezawodnie twardziel. Wielkie podobieństwo, choć nie identyczność prątków twardziela z prątkami zapalenia płuc dławcowego, a zwłaszcza ta okoliczność, iż wywołano raz u myszy białych wstrzyknięciem prątków twardziela zapalenie płuc krupowe i daléj to, że otrzymujemy hodowle znacznie więcéj zbliżone do pneumokoków, niż do swych bezpośrednich protoplastów, t. j. prątków twardziela pozwalają czynić wniosek, iż prątki twardziela są tylko bliską odmianą, powstałą ze zmiany warunków bytu, odmianą, która możeby się nawet zupełnie wyrównała przy chodowaniu wśród ciągłej téj sprawie sprzyjającéj zmianie warunków. Spostrzeżenie to może mieć wartość dla pojęć bijologicznych w dziedzinie drobnoustrojów.

Wykład XXV. Kol. Rosner: „Badanie doświadczalne nad odrastaniem wątroby po resekcyi (z demonstracyjami).“ Na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie zadziwił Ponfick cały świat naukowy lekarski doniesieniem, że zwierzęta ciepłokrwiste, jak króliki i psy nietylko znoszą tak ciężkie zabiegi, jak wycięcie połowy wątroby, lecz że wątroba ta nawet regeneruje się i to szybko i obficie. Zdarzało się nawet autorowi, że w pięć dni po wy-

cięciu dwóch trzecich części wątroby obserwował całkowitą, a nadto więcéj niż całkowitą regeneracyję wątroby. Zachęcony przez czcigodnego szefa prof. Rydygiera i z jego oraz kolegów klinicznych łaskawą pomocą wykonał kol Rosner w ubiegłym miesiącu szereg doświadczeń przeważnie na królikach, które miały powyższe podanie stwierdzić. Liczba doświadczeń, jakie w tak krótkim czasie wykonał jest stanowczo zbyt małą, aby na téj podstawie czynić pewne wnioski, dla tego też prelegent referat swój uważa za tymczasowe doniesienie.

Wykonał 12 doświadczeń, z tych 11 na królikach, jedno na psie. Wycinał płaty lewe wątroby, nie chcąc uszkodzić przewodów i woreczka żółciowego; postępował w ten sposób, że po otworzeniu jamy brzusznéj w linii białéj wyciągał za pomocą palców zrazu jeden, następnie drugi płat lewy, poczem przez jeden płat przeciągał grubą nitkę katgutową, którą powoli zaciągał. Nitka wpijała się w miąższ wątroby, a opór przy tem napotykany był minimalny. Kiedy czuł, że opór stawiany nitce przez tkankę powiększa się, zaciągał węzeł, poczem przed nitką odcinał wątrobę. Krwotoku wielkiego nigdy nie było, co tłomaczyć można sobie, że katgut gruby miażdży miąższ i naczynia mniejsze, działając jak écraseur, większe zaś naczynia usuwają się pod nitką, a kiedy ich się zbierze więcéj, zaczynają nitce stawiać opór, a wtedy nitka zostaje zaciągniętą. Z 12 zwierząt 6. między niemi jeden pies przetrzymał zabieg operacyjny, reszta zdechła, t. j. dwa z zapalenia otrzewny, 2 na *ileus*, a 2 z nieznanéj przyczyny. Ponfick podaje, że największem niebezpieczeństwem w téj operacyi jest nagła zmiana w krążeniu, które przez odcięcie znacznego koryta żyły wrotnéj nie jest w stanie się uregulować i z powodu niedokrewności nerek prowadzi do śmierci. W 12 opisanych przypadkach przyczyna ta nie odgrywała nigdy roli, bo nawet dwa przypadki o nieznanéj przyczynie śmierci nie dadzą się do tego odnieść, gdyby bowiem nagła zmiana w krążeniu miała zwierzę zabijać, to śmierć ta byłaby również nagłą, a przynajmniéj następowałaby kilka godzin po operacyi. Natomiast ważną jest rzeczą, że w kilku przypadkach nastąpiło zlepienie się jelita z wątrobą, co dało przyczynę do *ileus*, który w 2 przypadkach sprowadził śmierć. Regeneracyi nie zauważono wcale, we wszystkich natomiast przypadkach była nekroza koagulacyjna poniżéj wątroby. Rezultat ten zdaje się całkiem naturalny, jeżeli bowiem już podczas saméj operacyi obserwujemy, że z przeciętéj powierzchni nie sączy się ani jedna kropla krwi, to przyuszczać możemy, że ta część wątroby poniżéj podwiązki jest skazaną na obumarcie, tem bardziéj, że mamy do czynienia z narządem miąższowym bardzo na odcięcie krążenia wrażliwym. Jakżeż więc ma naróść nowa tkanka według Ponficka, skoro pozostający miąższ wątroby nie znajduje warunków istnienia. Nie można twierdzić, jakoby wątroba się nigdy nie odradzała, jednak za tem przemawiają w powyżéj podany sposób robione doświadczenia.

Wykład kolegi Rosnera obudził powszechne zajęcie. Kol. Wehr i Berger dopytywali się prelegenta o dokładny sposób robienia doświadczeń, a tenże pokazał im sekcyję królika, u którego podwiązanie wątroby przed 5-iu tygodniami miało miejsce.

Ponieważ zgłoszono 3 wykłady o jednym i tym samym temacie, chociaż nader zajmującym, przeto przewodniczący zwraca uwagę koll. prelegentów, prosząc o krótkość i zwięzłość w wypowiedzeniu takowych.

Wykład XXVI. Kol. Wehr: „O promienicy (*actinomycosis*).“ Co do promienicy, jéj rozwoju, objawów i przebiegu, to materyjały naukowe jakkolwiek już cenne i znaczne, nie są jeszcze tak wzbogacone, ażeby sprawa cała mogła być jasną. I tak, jedni opierają rozpoznanie promienicy na obecności kolb, gdy inni uważają rzecz tę dla pewności rozpoznania za zupełnie niepotrzebną, a nitki podzielone na rodzaj dużych laseczników, mają zupełne być wystarczające. Kol. W. przytacza przypadki obserwacyi klinicznéj promienicy, jak n. p. opisuje guz w jamie brzusznéj podobny do nowotworu, z którego ropa się wylała, a guz zginął. Rok minął, a u tegoż samego chorego otworzono ropień około pępka, z którego wylała się ropa wodnisto płynna. Równocześnie w ścianie jamy brzusznéj wytworzył się guz, który uważając za mięsak kol. W. chciał operować. Chory jednak nie zdecydował się i przełożywszy Wiedeń nad Lwów, udał się do prof. Billrotha, który kazał mu czekać. Zwyż wzmiankowany ropień, przecięty koło pępka, obserwowany ściśle wykazał promienicę przy dokładniejszem badaniu. Skrobiąc łyżeczką, napotyka się wyraźnie przy promieniczych ropniach na rodzaj postronków i beleczek, między które skrobiąca łyżeczka wpada jak gdyby w sieć. Objaw ten, a raczéj ta właściwość zmian aktinomykotycznych może posłużyć często do odróżnienia gruźlicy od promienicy, w téj pierwszéj bowiem rzadko można się spotkać z taką postronkowatą siecią. Prelegent uprasza kolegów obecnych o nadsyłanie lub ogłaszanie nowych, w praktyce wydarzających im się przypadków dla wzbogacenia statystyki, aby z niéj na przyszłość czynić można wnioski i dotąd dość szczupłe wiadomości o téj coraz częściéj wydarzającéj się chorobie.

Wykład XXVII. Kol. Barącz: „Przypadek promienicy płuc i klatki piersiowéj z demonstracyją preparatów.“ Piękna fotografija okazuje mężczyznę dość silnie zbudowanego, a jak kol. Barącz dodaje, zanadto oddającego się pijaństwu, u którego widać wyraźnie, że sprawa dotyczy mostka i okolica jego jest sprawą promieniczą dotknięta. Początkowo chciano robić resekcyję mostka całkowitą, gdy się jednak pokazało, że takowa nie doprowadziłaby do pożądanego celu, prelegent odstąpił od téj myśli i poprzestał na wyskrobaniu. Podczas tego krwawienie było znaczne. Ponieważ ogniska rozszerzały się na szyję i kl. piersiową, zostały wyskrobane, przyczem prawie cała dolna połowa mostka usuniętą została. Po kilku dniach duszność się wzmogła, chory umarł, a na demonstruowanym preparacie widzieć można, że promienica idąc w głąb, zajmowała trzewa klatki piersiowéj.

Wykład XVIII. Kol. Gross: „Przypadek promienicy u człowieka z przedstawieniem choréj i królików zaszczepionych.“

Wykład XXIX. Kol. Kijewski: „Zestawienie 10-ciu przypadków actinomykozy.“ Opisując dość dokładnie i szczegółowo pojedyncze przypadki, szczególniéj promienicy szczęk i twarzy, przychodzi do wniosków nad rozpoznaniem i nad leczeniem. Są pewne cechy i pewne objawy, po których bez posiłkowania się mikroskopem można myśleć, a nawet rozpoznawać promienicę, i tak już w palcach wyczuć można ziarenka kolb promieniczych, daléj występujący prawie zawsze *trismus*, charakterystyczne rozchodzenie się przetok etc. etc. Co do leczenia to kol. Kijewski radzi leczyć aktinomykozę tak, jak się leczy złośliwe nowotwory, nie skrobać, ale doszczętnie usuwać, uważając to za fikcyję, że aktinomykoza wyskrobaniem i kwasem borowym daje się dokładnie wyleczyć. Kol. Browicz zwraca uwagę, że często w tkankach patologicznych znajdujemy grudki zupełnie podobne do promieniczych, a jednak nie mają one z nią nic wspólnego. Na tem zakończono posiedzenie przedpołudniowe.

Wykład XXX. Posiedzenie popołudniowe rozpoczął kol. Wołkowicz: „Demonstracyją preparatów przechowywania przecięć ciała ludzkiego.“ Określiwszy znaczenie owych okazów dla nauczania anatomii topograficznéj, kol. W. wskazał na zalety ich w porównaniu z innymi preparatami, w jakie zaopatrzone są zwykle muzea anatomiczne, nie ujmując jednakże tym ostatnim znaczenia, dla nauczania anatomii opisowéj. Preparaty przywiezione przez kol. W. z Warszawy i przygotowane przez niego w pracowni prof. Taubera uczestnikom zjazdu bardzo się podobały, albowiem przechowywane przez półtora roku w roztworze tymolowym Wywodzewa w warunkach szczegółowo podanych przez kol. W. i odpowiednio ułożone w płaskich naczyniach, niczem prawie nie różniły się od świeżych preparatów, otrzymanych przez rozpiłowanie zwłok zamrożonych.

Wykład XXXI. Kol. Rydygier: „O wypiłowaniu stawu skokowego“ (z przedstawieniem chorych). Sposób Huetera ma tę wyższość ponad innemi metodami resekcyi stawu skokowego, że otwierając staw od przodu ma się dostęp wygodny nie tylko do samego stawu, ale i w przestrzeń między kośćmi goleniowemi, gdzie tak często lokalizuje się

gruźlica. Przecięcie ściegiem mięśni i nerwu od przodu i następowe ich zespojenie daje bardzo dobre co do ruchomości rezultaty, co demonstracyja chorych operowanych Hueterowską metodą kol. Rydygier należycie objaśnia.

Wykład XXXI. Tenże: „Demonstracyja na trupie wypiłowania stawu skokowego sposobem Lauensteina." Na XIX zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie okazywał Lauenstein nowy sposób wypiłowania stawu skokowego, który kol. R. wykonywa na zwłokach. Cięcie prowadzi się po zewnętrznéj stronie, wzdłuż strzałki długości 10—12 cm., przebiegające ponad kierunkiem *m. peronei.* Po oddzieleniu skóry i rozwarciu haczykami takowéj wchodzi się do stawu popod kostką zewnętrzną, przecina odpowiednie więzadła, przegina stopę ku wewnątrz i w ten sposób wyłania się z cięcia skórnego powierzchnia stawowa obu kości przedudzia z jednéj, a kości skokowéj z drugiéj strony. (Dok. nast.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 13 sierpnia 1890. Po tygodniowych pracach zakończył zjazd berliński posiedzenia w sobotę d. 9 bm. posiedzeniem pożegnalnem, które zagaił prof. Virchow. W przemówieniu swem wyraził V. życzenie, aby reprezentanci obcych narodowości nabyli przekonania, że w Niemczech praca pokojowa znajduje trwałą siedzibę, a w pracy téj nie istnieje wcale rozdział odrębnych ras i wyznań. Wyraziwszy podziękowania wszystkim władzom i osobom, które okazywały pomoc wśród przygotowań do zjazdu, zakończył słowami: „oby te prace zjazdu przyczyniły się nieco do zbratania się ludzkości i pokoju narodów!" Rzym obrano jako miejsce przyszłego zjazdu. Z kolei przemawiali reprezentanci obcych narodowości i dziękowali za gościnność stolicy Niemiec.

Najwięcéj bo 13 posiedzeń odbyła sekcyja położniczo-ginekologiczna, sekcyja chirurgiczna odbyła posiedzeń 7, laryngolodzy wysłuchali 65 wykładów na 73 zapowiedzianych. W zjeździe tym wzięło udział ogółem 7056 lekarzy; z tych przypadało na Berlin 1157, na Niemcy 1653, na Austryję 257, na Rosyję 424, na W. Brytaniję 357, na Włochy 144, na Francyję 171; z innych państw Europy przybyło uczestników 610, ze Stanów Zjednoczonych lekarzy 623.

* W Krynicy było do d. 4 sierpnia b. r. osób 3569. W Szczawnicy do dnia 7 sierpnia osób 2950. W Cieplicach czeskich do dnia 11 sierpnia osób 5707.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Drowie Hausemann i Langenhaus habilitowali się jako docenci anatomii patologicznéj.

* **Nekrologija.** W Berlinie zmarł nagle bawiący tam na Zjeździe lekarskim Dr. Ludwik Adolf Neugebauer (starszy). N. urodzony w r. 1821 w Dojutrowie pod Kaliszem, studyjował medycynę we Wrocławiu, oddawszy się wcześnie akuszeryi. Do roku 1849 był lekarzem w klinice położniczéj we Wrocławiu, a następnie przez lat ośm praktykował w Kaliszu, zkąd powołany został do Warszawy jako profesor anatomii, późniéj akuszeryi w akademii medyczno-chirurgicznéj, oraz ordynator szpitala św. Ducha. Po zwinięciu akademii zajął stanowisko profesora w szkole głównéj, a następnie w uniwersytecie. Zmarły jest autorem licznych cenionych dzieł i rozpraw lekarskich, jako to: „Wykład akuszeryi," „Anatomija opisowa ciała ludzkiego, według Józefa Hyrtla" i wielu innych. Zwłoki sprowadzone będą do Warszawy. Cześć pamięci polskiego uczonego i lekarza, którego pomimo póżnego wieku młodzieńczym do nauk zapałem ożywionego, wyrwała śmierć z grona żyjących właśnie, gdy mając brać udział w pracach zjazdu dawał dowód tego zamiłowania i pracowitości znanéj od dawna w kołach lekarskich. — We Wiedniu umarł profesor chemii i członek najwyższéj Rady zdrowia Dr. Ludwik Barth-Barthenau w 52 roku życia.

Sprostowanie: W numerze 32, str. 458 w artykule Dr. Bogdanika wiersz 14 od góry, powinno być: „tłomaczeniem. Że przy odległościach...", zaś w wierszu 20 od góry powinno być „stygnie, za tem przemawia..."

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. S.....i w Warszawie. List doszedł nas w chwili zamknięcia numeru. Sprostowanie będziemy mogli umieścić dopiero w numerze najbliższym.

W zastępstwie Redaktora odpowiedzialnego: **Dr. I. Schaitter.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.